

認定研修施設申請書（腹腔鏡）

年 月 日

（一社）日本産科婦人科内視鏡学会理事長殿

日本産科婦人科内視鏡学会 認定研修施設規則における認定研修施設の指定を受けたく申請書を提出します。

ふりがな 施設名				
施設長	氏名：	公印		
施設責任者	氏名：	日本産科婦人科内視鏡学会 会員番号（ ）		
	注 1: 必ずしも技術認定医である必要はなし。			
施設所在地	〒	電話（ ）		
指定基準 2： 「公益社団法人日本産科婦人科内視鏡学会専攻医指導施設、一般社団法人日本専門医機構における基幹病院、連携施設のいずれかである」 ※該当するところにレ印	<input type="checkbox"/> 日本産科婦人科内視鏡学会専攻医指導施設（施設番号： ） 注 2：日本産科婦人科内視鏡学会専攻医指導施設に認定されていない場合には、認定されている施設を連携施設として申請する必要があります。			
	<input type="checkbox"/> 日本産科婦人科内視鏡学会専門医制度条件に定められた専攻医指導施設と連携している ※研修連携施設申請書（様式 3）を添付			
	<input type="checkbox"/> 一般社団法人日本専門医機構における基幹病院（施設番号： ）			
	<input type="checkbox"/> 一般社団法人日本専門医機構における連携施設（基幹病院： ）			
指定基準 3： 「日本産科婦人科内視鏡学会指定の技術認定医（腹腔鏡）が 1 名以上常勤している。」	技術認定医 氏名	役職	技術認定医番号	認定期間
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
10.				

腹腔鏡手術実績一覧

注 1：カルテ番号下 2 桁は、非表示として下さい。

注 2：腹腔鏡検査のみ（腹腔内観察・生検も含む）は手術実績として認められません。

ロボット支援手術は保険収載されたものに限り手術実績として 10 例まで認められます。

注 3：略語記載（TLH,LM など）は認められません。

注 4：保険収載されている術式名称でご記載ください。

施設名： _____

番号	カルテ番号	術者名	日付	腹腔鏡手術名
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

施設名 : _____

番号	カルテ番号	術者名	日付	腹腔鏡手術名
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

研修連携施設申請書

年 月 日

日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設の指定を受けるにあたり、認定研修施設規則第 6 条に該当するため、日本産科婦人科学会専攻医指導施設である下記施設（B に記載）を研修連携施設として申請します。

認定研修施設を申請する施設名 _____ 公印

注：A の部分は認定研修施設を申請する施設において、研修連携を依頼する施設について記入、してください。B の部分は連携依頼を受けた研修連携施設において記入してください。

A

ふ り が な 研 修 連 携 施 設 名	
研 修 連 携 施 設 長	氏名：
研 修 連 携 施 設 責 任 者	氏名：
研 修 連 携 施 設 所 在 地	〒 電話（ ） —

B

（病院名 _____）の日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設申請にあたり、研修連携施設となることを認めます。

研修連携施設名 _____ 公印

研修連携施設長 氏名 _____

記入例

一般社団法人日本産科婦人科内視鏡学会 認定研修施設委員会

様式 3

研修連携施設申請書

年 月 日

日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設の指定を受けるにあたり、認定研修施設規則第 6 条に該当するため、日本産科婦人科学会専攻医指導施設である下記施設（B に記載）を研修連携施設として申請します。

認定研修施設を申請する施設名 ○○病院（新規申請する施設） 公印

注：A の部分は認定研修施設を申請する施設において、研修連携を依頼する施設について記入、してください。B の部分は連携依頼を受けた研修連携施設において記入してください。

A：○○病院（新規申請する施設）が記入

ふりがな	
研修連携施設名	△△病院（連携依頼を受けた施設名を記載）
研修連携施設長	氏名：
研修連携施設責任者	氏名：
研修連携施設所在地	〒 電話（ ） -

B △△病院（連携依頼を受けた施設）が記入

（病院名 ○○病院（新規申請する施設））の日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設申請にあたり、研修連携施設となることを認めます。

研修連携施設名 △△病院（連携依頼を受けた施設） 公印

研修連携施設長 氏名 _____